

# BENEFICIO

## PERSONAS SEGURAS

Casa Central: Leandro N. Alem N° 530 piso 1 - (1047) CAPITAL FEDERAL  
Tel./Fax: (011) 5236-4300 / e-mail: casacentral@beneficiosa.com.ar  
Sede Administrativa: Córdoba 1015, Galería Victoria Mall, Piso 2° oficina 7 - (2000) ROSARIO  
Tel./Fax: (0341) 527-1071 / e-mail: beneficio@ibeneficiosa.com.ar  
Agencia Salta: Belgrano 808 - (4400) SALTA  
Tel./Fax: (0387) 480-0830 / e-mail: salta@beneficiosa.com.ar  
www.beneficioweb.com.ar

## DENUNCIA ADMINISTRATIVA SALUD

PLAN: \_\_\_\_\_

### CERTIFICADO DE LA INTERVENCION

Por la presente certifico que el día ...../...../..... he realizado a .....  
..... LE/LC/DNI/CIN° ..... la intervención quirúrgica que se detalla a continuación:

Nombre de/las intervención/es realizada/s: .....

Código de referencia (según Nomenclador Nacional de Prestaciones Medicas y Sanatorias).....

Diagnósticos / Datos Relevantes de la Historia Clínica .....

Fecha Inicio de Enfermedad.....

#### Datos del Profesional interviniente:

Apellido y Nombre: .....

Número de Matricula Provincial: .....

Número de Matricula Nacional: .....

Tipo y Numero de Documento: .....

Dirección: .....

Telefono: .....

#### Datos del Establecimiento Asistencial:

Nombre .....

Dirección: .....

Telefono: .....

Firma y Sello del  
Profesional

Firma y sello del Responsable  
del Establecimiento  
Asistencial